

健康保険(被保険者・家族)療養費支給決定決議書<装具・メガネ>

健康保険組合記入	常務理事	事務長	係員	資格取得年月日	. .	標準報酬月額	千円
				資格喪失年月日	. .	備考	
				起案年月日	. .		
	支給金額		円		支払年月		年 月 日

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書<装具・メガネ>

請求者が記入する欄	健康保険証の記号・番号		事業所の名称						
	被保険者名			本人 ・ 家族()					
	請求対象者			生年月日		年 月 日			
	傷病名								
	発病または負傷の原因及びその経過			(いつ) 年 月 日(曜日) 午前 ・ 午後 時頃					
				(どこで)					
				(なにをされていてどうした)					
	第三者によるものですか			はい ・ いいえ					
	治療を受けた病院等			(名前)					
				(所在地)					
				(治療した医師の名前)					
	治療期間			自 年 月 日 日間	入院 外来	入院の場合 期間	自 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間	
	作成した装具名(箇所)			(用)					
	装具(メガネ)の金額			円		装具の種類(装具の場合)		オーダーメイド ・ 既製品	
	払渡希望の金融機関名			銀行		本店		口座番号	
金庫				支店		口座名義人氏名			
			農協						
上記のとおり請求します。									
年 月 日			請求者 住所 (フリガナ) 氏名 印						